

Diakoniewerk Bethel e.V.
Geschäftsbereich Produkte

Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen:
Interne Revision in Medizin und Pflege
vom 17.03. – 18.03.2010

mit Prüfung einzelner Elemente aus dem
Diakonie-Siegel Pflege sowie internen diakonischen Prüfkriterien

Bericht im Auftrag des Gesellschafters

Auditoren:

Andreas Dietel, Angelika Wortmann



DIAKONIEWERK BETHEL

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Methodik der Internen Revision in Medizin und Pflege des Diakoniewerkes Bethel	1
1.1.1	<i>Die Interne Revision in Medizin und Pflege als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung</i>	1
1.1.2	<i>Der nächste Schritt: die Überprüfung der Qualitätsmanagementsysteme durch externe Gutachter und die Zertifizierung der Einrichtungen</i>	2
1.1.3	<i>Ausblick</i>	2
1.2	Kriterienauswahl	3
2	Allgemeine Angaben zur Einrichtung	5
3	Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2	8
3.1	Führungsprozesse	8
3.1.1	<i>Führung, Politik und Strategie</i>	8
3.1.2	<i>Personal</i>	10
3.1.3	<i>Qualitätsmanagement</i>	13
3.2	Kernprozesse	15
3.2.1	<i>Pflege</i>	15
3.2.2	<i>Hauswirtschaft</i>	18
3.3	Maßnahmenplan	18
4	Begutachtungen	19
4.1	Begutachtungen von Bereichen	19
4.1.1	<i>Bürräume des Pflegedienstes</i>	19
4.2	Begutachtungen von Patienten	22
4.2.1	<i>Patient 1</i>	22
4.2.2	<i>Patient 2</i>	23
4.2.3	<i>Patient 3</i>	24
4.2.4	<i>Patient 4</i>	25
4.2.5	<i>Patient 5</i>	26
4.2.6	<i>Patient 6</i>	27

4.3	Überprüfung der Dokumentation	28
5	Zusammenfassung.....	31
Anhang	34

Abkürzungsverzeichnis

A	PDCA - Act-Schritt (Anpassung der Maßnahmen bei Zielabweichungen)
A	Abweichung – das Qualitätsmanagementsystem entspricht an dieser Stelle nicht den Anforderungen. Abweichung muss zeitnahe bzw. nach Absprache zur nächsten Revision behoben werden.
ÄD	Ärztlicher Direktor
ADM	Antidekubitusmatratze
ASA	Arbeitssicherheitsausschuss
Assessment	Hier verstanden im Sinne einer systematischen Einschätzung einer Sachlage: Datenerhebung – Messen, Wiegen, Schätzen, Begutachten – nach Leitfaden mit anschließender Analyse der Daten (sowie Festlegung der sich aus der Bewertung ableitenden Maßnahmen)
ATS	Anti-Thrombose-Strümpfe
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
BMI	Body-Mass-Index – errechnet sich aus dem Körpergewicht und der Größe. Mit Hilfe des BMI werden Aussagen zum Ernährungszustand getroffen.
BQS	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
BS	Behandlungsschema
BW	Bewohner
C	PDCA - Check-Schritt (Überprüfung der Zielerreichung)
D	PDCA - Do-Schritt (Durchführung)
DK	Dauerkatheter
DMBE	Diakonie-Management Bethel
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DS-Pflege od. DSP	Diakonie-Siegel Pflege
DSWE	Diakoniestation Bethel Welzheim
DwB	Diakoniewerk Bethel
E	Empfehlung – ‚sollte‘ zur nächsten Revision umgesetzt werden bzw. begründet durch andere Maßnahmen ersetzt werden. Ohne begründete Nichtumsetzung bzw. wenn die begründete Nichtumsetzung nicht nachvollziehbar ist, wird aus der Empfehlung zur nächsten Revision ein ‚Hinweis‘ (= muss umgesetzt werden)
F	Feststellung – Sachstand nach Bewertung des Qualitätsmanagementhandbuchs und seiner Anforderungen; als Überschrift der Anforderungen im Diakonie-Siegel Pflege (z.B. F 2.2.1) steht F für ‚Führungsprozess‘
FeM	Freiheitsentziehende Maßnahmen
GF	Geschäftsführer
gGmbH	Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHWL	Gebäude- und Hauswirtschaftsleitung
H	Hinweis – ‚muss‘ zur nächsten Revision umgesetzt sein bzw. nach Absprache auch eher
HA	Heimaufsicht des Landes
HG	Hauptgeschäftsführer
IKM	Inkontinenzmaterial
iO	In Ordnung

KHBE	Krankenhaus Bethel gGmbH
KIS	Krankenhausinformationssystem (wie z.B. MCC der Fa. Meierhofer, das im Diakoniewerk Bethel im Einsatz ist)
KL	Krankenhausleitung
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
MA SD	Mitarbeiter Sozialdienst
MCC	Elektronisches Krankenhausinformationssystem der Fa. Meierhofer
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Med. GF	Medizinischer Geschäftsführer
N	Nachweis
P	PDCA - Plan-Schritt
Pat.	Patient
PDCA-Zyklus	„Plan-Do-Check-Act“-Zyklus, steht für die Planungsschritte (Plan), Durchführungsschritte (Do), Überprüfungsschritte (Check) und Anpassungsschritte (Act) innerhalb eines Gesamtprozesses
PDFR	Diakoniestation Bethel Friedrichshain
PDL	Pflegedienstleitung
PDLI	Pflegedienst Bethel Lichterfelde
PDOE	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen
QB	Qualitätsmanagementbeauftragte
QM	Qualitätsmanagement
QMH	Qualitätsmanagementhandbuch
RAI	Resident Assessment Instrument – Bewertungsinstrument mit 24 Qualitätsindikatoren, das einmal im Quartal für jeden Bewohner ausgefüllt und von einer das Berliner Modellprojekt begleitenden Firma (Arbuma) ausgewertet wird. Die Auswertungen werden allen teilnehmenden Einrichtungen zugeschickt, sodass diese ihren Leistungsstand mit dem der anderen vergleichen können.
Regio	Der Begriff ‚Regio‘ wird ausschließlich in der Diakoniestation Bethel Welzheim sowohl synonym mit dem Begriff ‚Einsatzstellen‘ als auch mit der Bezeichnung ‚Einsatzstellenleitung‘ verwendet. Da die Diakoniestation neben der Versorgung der Ortschaften auch die der ‚Fläche‘ sicherstellt, ermöglichen die insgesamt 5 Einsatzstellen der Diakoniestation, dass die Anfahrtszeiten nicht übermäßig lang werden.
RKTR	Reha-Klinik Bethel Trossingen
RKWE	Reha-Klinik Bethel Welzheim
SD	Sozialdienst
SGB	Sozialgesetzbuch (regelt im SGB XI beispielsweise den Bereich der Pflegeversicherung)
ST	Standards
SZFR	Seniorenzentrum Bethel Friedrichshain
SZKÖ	Seniorenzentrum Bethel Köpenick
SZLI	Seniorenzentrum Bethel Lichterfelde
SZMÜ	Seniorenzentrum Bethel München
SZOE	Seniorenzentrum Bethel Bad Oeynhausen

SZTR	Seniorenzentrum Bethel Trossingen
SZWE	Seniorenzentrum Welzheim
SZWE	Seniorenzentrum Bethel Welzheim
SZWI	Seniorenzentrum Bethel Wiehl
t.n.z.	Trifft nicht zu
TEP	Totalendoprothese
VA	Verfahrensanweisung

1 Einleitung

1.1 *Methodik der Internen Revision in Medizin und Pflege des Diakoniewerkes Bethel*

1.1.1 Die Interne Revision in Medizin und Pflege als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung

Seit 2003 werden alle Unternehmensbeteiligungen des Diakoniewerkes Bethel (im Folgenden: DwB) durch den Gesellschafter einmal jährlich überprüft. Ziel der Internen Revision in Medizin und Pflege (im Folgenden: Revision) war und ist es, die Einrichtungen bei der Qualitätssicherung und –entwicklung zu unterstützen, eine Rückmeldung über den jeweiligen Entwicklungsstand zu geben und in allen 15 Einrichtungen ein hohes Qualitätsniveau zu sichern.

Anlassbezogen nehmen die Revisionen 2 – 3 Tage in Anspruch. Sie werden durch zwei Auditoren des Geschafters durchgeführt. Die Revisionen beinhalten die Begehung der Einrichtung, die Visitation von Bewohnern und Patienten¹, die Begutachtung der Bewohner-/Patientenakte² sowie des Qualitätsmanagementhandbuchs und seiner Regelungen. Die Ergebnisse werden abschließend von den Auditoren vorgestellt und anschließend in Form des vorliegenden Berichtes an die Führungskräfte der Einrichtungen versandt.

Auffälligkeiten, soweit nicht durch Sofortmaßnahmen noch während der Revision behoben, münden in einen Maßnahmenplan, der im Rahmen festgelegter Zeiträume von den Verantwortlichen bearbeitet wird. Gegebenenfalls werden die gewählten Lösungen im Rahmen einer Nachbegehung überprüft.

Während im ersten Halbjahr die Revisionen der 15 Einrichtungen durchgeführt werden, stehen im zweiten Halbjahr die Ergebnisse auf der Agenda des DwB. Auf den Konferenzen der Führungskräfte aller Einrichtungen werden die Ergebnisse verglichen, diskutiert und Maßnahmen / Planungen für das darauf folgende Jahr

¹ Die Verwendung der männlichen Form wurde ausschließlich wegen der besseren Lesbarkeit gewählt – die weibliche Form wird immer mitgedacht.

² Bewohner / Patienten und deren Akten werden ausschließlich mit deren Einverständnis visitiert und begutachtet.

vorgestellt. Die Ergebnisse des Vorjahres stellen die Basis für die jeweils nächste Revision dar.

1.1.2 Der nächste Schritt: die Überprüfung der Qualitätsmanagementsysteme durch externe Gutachter und die Zertifizierung der Einrichtungen

Nachdem die Einrichtungen ihre Qualitätsmanagementsysteme aufgebaut und etabliert hatten, beschloss der Gesellschafter die Überprüfung und Zertifizierung durch externe Gutachter.

Für das Krankenhaus Bethel Berlin und die beiden Geriatrischen Rehabilitationskliniken in Trossingen und Welzheim entschied sich der Gesellschafter für die Zertifizierung nach KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), für die Seniorenzentren und Diakoniestationen des DwB nach DSP (Diakonie-Siegel Pflege®). Bis Ende 2009 sind, bis auf eine Ausnahme, alle Einrichtungen zertifiziert worden, in den Jahren 2010 bis 2012 stellen sich die Einrichtungen ihrer Rezertifizierung.

1.1.3 Ausblick

Qualität ist nicht nur ein Thema des DwB und seiner Einrichtungen. Die Veröffentlichungen der Auswertungen der Berichte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (im Folgenden: MDK) Ende 2007 durch seinen Spitzenverband haben den Bedarf nach Transparenz im Umgang mit qualitätsrelevanten Daten und Vergleichsmöglichkeiten für Interessenten deutlich werden lassen. Der Anforderung nach Transparenz und Vergleichbarkeit ist nun auch der Gesetzgeber im Rahmen des neuen Pflegeweiterentwicklungsgesetzes gefolgt. Der MDK bewertet seit 2009 die nach einheitlichen Kriterien geprüften Einrichtungen nach Schulnoten und veröffentlicht die Ergebnisse im Internet.

Bereits 2007 nahm das DwB an mehreren Initiativen teil, wie die des Berliner Senats zur Schaffung einer Pflegeheimdatenbank oder der zur Sammlung von Einrichtungsdaten, die anschließend im Rahmen einer Serie zum ‚Pflegeheimvergleich‘ vom Berliner ‚Tagesspiegel‘ veröffentlicht wurden.

Um die Einrichtungen des DwB mit ihren Stärken, aber auch mit allen ‚Ecken und Kanten‘ darzustellen und dem Informationsbedürfnis der Interessenten entgegenzukommen, werden bereits seit Anfang 2008 alle internen wie auch alle von der Heimaufsicht (im Folgenden: HA) und dem MDK erstellten Berichte im Internet im vollen Umfang veröffentlicht, obwohl sie dem Leser wegen ihres Umfangs ein gewisses ‚Durchhaltevermögen‘ abverlangen.

1.2 Kriterienauswahl

Die Prüfkriterien der Internen Revision in Medizin und Pflege waren anfangs sechs Kategorien zugeordnet – Bauliches / Wohnlichkeit / Orientierung, Ordnung / Sauberkeit / Hygiene, Konzepte / Standards, pflegerisch-/ärztliches / therapeutisches Management, Ergebnisqualität: Zustand der Patienten / Bewohner sowie der Ergebnisqualität: Dokumentation – die sich an den geltenden Katalogen des MDK und der HA orientierten. Darüber hinaus wurden bethelspezifische Besonderheiten und Ansprüche abgefragt.

Mit dem aktuellen ‚Bundesrahmenhandbuch‘ Diakonie-Siegel Pflege (DSP) und dem ‚KTQ-Manual‘ liegen Prüfkataloge vor, die die Kriterien des MDK und der HA enthalten und gleichzeitig über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen. Hieran werden die Qualitätsmanagementsysteme der Einrichtungen, ihre Regelungen und Verfahren gemessen.

Die Thematisierung der Konzepte und Standards sowie des pflegerischen / ärztlichen / therapeutischen Managements sowie von Schwerpunkten der Bewohner- und Patientenversorgung beziehen sich auf Strukturen und Prozesse der Einrichtungen und füllen hauptsächlich den ersten Tag der Revisionen. Begehungen von Stationen / Wohnbereichen und Begutachtungen zufällig ausgewählter Patienten / Bewohner sowie deren Aktenprüfung stellen den praktischen Teil aller Revisionen dar. Hierbei werden vorwiegend Ergebnisse bewertet (siehe Kapitel 4).

Eine Ausnahme bildet die sog. eintägige Teilrevision, die bei allen Einrichtungen durchgeführt wird, die später im Jahr nach KTQ oder DSP zertifiziert werden. Hierbei wird die Ergebnisbewertung vorgezogen, da Strukturen und Prozesse insbesondere während der später im Jahr folgenden Zertifizierung nach KTQ / DSP thematisiert und bewertet werden. Dabei finden sich in vier der sechs eingangs er-

wähnten Kategorien die Ergebnisse in Form von Schulnoten wieder (siehe Kapitel 5).

Im folgenden Kapitel werden die Strukturdaten der Einrichtungen dargestellt.

2 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

Datum der Prüfung	von: 17.03.2010	bis: 18.03.2010
--------------------------	-----------------	-----------------

Uhrzeit / Thema der Revisionstage

1. Tag:	von:	09.00	bis:	16.00 Uhr
2. Tag	von:	09.00	bis:	16.00 Uhr

Anwesende Personen:

Auditorengruppe:

1. Herr Dietel, DMBE
2. Frau Wortmann, SZKÖ

Gesprächspartner der Einrichtung:

1. Herr Knollmann
2. Frau Möller
3. Frau Gottschalk

Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen besucht

Noch keine Begehungen.

Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen mit Angabe der Qualifikationen:

Name der Einrichtung:	Pflegedienst Bethel Bad Oeynhausen gGmbH
Gesellschafter:	Diakoniewerk Bethel e.V.
Heimleiter / HG:	Joachim Knollmann
PDL / Geschäftsführerin:	Ilk Gottschalk
Stv. PDL:	Katharina Kleimer

Seit wann besteht die Einrichtung?

Mai 08

Welche Zusatzleistungen / Spezialisierungen werden von der Einrichtung angeboten?

Serviceleistungen, Wundversorgung, PEG-Versorgung, Menüdienst.

Art der Einrichtung und Versorgungssituation

Bettenanzahl:
 Aktuelle Belegung: 48 Patienten
 Auslastung in %:

Eine Übersicht über Patienten / BW mit besonderen Pflegeproblemen liegt vor (MDK, 1.5 / 1.8).

		Monat 2010
a.	Beatmungspflichtige Patienten	Keine
b.	Blasendauerkatheter	1
d.	Dekubitus	Keine
c.	eingeschränkte Mobilität	1
e.	Freiheitseinschränkende Maßnahmen	1
f.	Immobilität	Keine
g.	Kontrakturen	Keine
h.	MRSA	Keine
i.	PEG-Sonde	1
j.	Tracheostoma	Keine
k.	Wachkoma	Keine

Struktur der Wohn- und Pflegebereiche / Stationen bzw. Patienten im Rahmen ambulanter Versorgung

Wohnbereich / Stat.	geht über Ebenen		Anzahl Wohnplätze				davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe						
	1	>1	1	2	3	>3	Belegung / Versorgung	0	I	II	III	Härtefälle	nicht eingestuft
								21	18	9	0	0	0
Gesamt:						0	48	21	18	9	0	0	0

Folgende Ausstattung ist vorhanden (ja/nein) (MDK, 2.1):

	ja	nein
stufenloser Eingang	x	
Aufzüge mit für Rollstuhlfahrer	t.n.z.	
Handläufe in den Fluren bds.	x	
Haltegriffe im Sanitärbereich	t.n.z.	
Behindertengerechtes Bad und	t.n.z.	
Fäkalienspüle auf jeder Etage	t.n.z.	
intakte und erreichbare Rufanlage	t.n.z.	
höhenverstellbare Pflegebetten	t.n.z.	
rutschfester Fußboden	x	
Nachtbeleuchtung	t.n.z.	
allg. Orientierungshilfen	x	

Zusammensetzung Pflegepersonal (MDK 3.8)

	Vollzeit		Teilzeit		Gesamt-	Geringf. Beschäftigte	
	Anzahl MA	Stunden	Anzahl MA	Stunden		Anzahl MA	Stunden
Qualifikationen							
Krankenschwestern	1,00	40,00	1,00	30,00	70,00		
Altenpfleger/-innen	1,00	40,00	3,00	90,00	130,00		
Pflegehilfskräfte ohne					0,00		
Pflegehilfskräfte mit					0,00		
Auszubildende					0,00		
Gesamt:	2,00	80,00	4,00	120,00	200,00	0,00	0,00

3 Prüfkatalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2³

Im Folgenden werden alle Aspekte dargestellt, die während der Revision im Rahmen der Schwerpunktthemen besprochen wurden (**siehe Anhang 1**). Darüber hinaus werden Regelungen, bei denen die Auditoren Verbesserungspotential feststellen konnten, benannt. Alle anderen werden im vorliegenden Bericht nicht thematisiert.

3.1 Führungsprozesse

3.1.1 Führung, Politik und Strategie

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.1 Diakonisches Einrichtungsleitbild (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Nicht alle Aspekte werden in der Regelung ausgeführt.	H: Die Zusammenarbeit mit den Gemeinden und Seelsorgern muss thematisiert werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.2 Qualitätspolitik und Qualitätsziele (V1), M01 aktuelle Qualitätsziele (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Ziele: Eine Mitarbeiterin wird zur Hygienebeauftragten ausgebildet.	
F: Ziele: Als Ergebnis der 'Sterne-für-Pflegedienste' strebt die Einrichtung 3 Sterne an.	
F: Mitarbeitergespräche werden geführt - Zielabsprachen werden jedoch noch nicht getroffen.	

³ © Diakonie-Siegel Pflege Auditcheckliste Version 2. Alle Rechte vorbehalten. DQE.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.5 Managementbewertung 2009	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Öffentlichkeitsarbeit 2009 / 2010: Vorträge zur Pflegeversicherung und zur Patientenverfügung für Angehörige in 2009. Weitere Angehörigenschulungen für 2010 sind in Zusammenarbeit mit einer externen Dozentin geplant. Angehörige und Patienten werden in Veranstaltungen des Seniorenzentrums einbezogen (Oktoberfest, Weihnachtsfeier etc.).	
F: Die Anzahl der versorgten Patienten hat sich 2009 gegenüber 2008 erhöht. Die Einrichtung ist auf einen guten Ruf angewiesen und kann durch die Qualität ihrer Pflege überzeugen. Die Konkurrenz in Oeynhausen ist sehr groß.	
F: Projekt 2010: Eine Mitarbeiterin befindet sich zur Zeit in der Weiterbildung zur Praxisanleiterin. Über eine Krankenpflegeschule gelangen Auszubildende in die <u>Einrichtung</u> .	
F: Ergebnisse 2009/ Projekte 2010: Umfrage vom Bundesverband ambulanter Dienste: 2009 gute Ergebnisse. Wiederholung der Befragung 2010. An einer Begutachtung, die der Vincents-Verlag ausrichtet, nimmt die Einrichtung teil (Sternevergabe 1 - 5 Sterne).	
F: Die Stelle einer stellvertretenden PDL ist vakant.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.6 Kooperationen (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Kooperationen mit der Krankenpflegeschule und dem Hausnotruf der Johanniter sind vertraglich fixiert. Bewertungen finden bisher nicht statt. N: Vertrag mit den Einrichtungen.	
F: Lieferantenbewertung: Bewertet wurden der Menüdienst, Büromaterial und Danprodukte. N: Lieferantenbewertung	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 1.6 Kooperationen (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Fahrzeugflotte stammt - je nach Angebot - aus unterschiedlichen Autohäusern.	E: Die Werkstatt, die die Autos wartet, sollte ebenso bewertet werden.
F: Die Vermittlung des Menüdienstes durch den Pflegedienst ist auch eine Kooperation. Beschwerden über die Menüs werden vom Pflegedienst an die Küche weitergeleitet.	H: Die Kooperation und der Ablauf bei Beschwerden müssen in der Regelung ergänzt werden.

3.1.2 Personal

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.2.1 Dienst- und Tourenplanung (V 1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Qualifikationen der Aushilfen waren als solche nicht ausgewiesen.	E: Die Qualifikationen der Aushilfen sollte auf dem Dienstplan ersichtlich sein.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.1 Stellen- und Aufgabenbeschreibung , M02 Ergänzung stellv. PDL (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Dem Mitarbeiter wird eine Bezugsperson zur Seite gestellt und erhält alle wichtigen Unterlagen (Checkliste). Nach zwei Monaten findet ein Zwischengespräch statt.	
F: Die Stellenbeschreibungen sind umfassend.	E: Die Stellenbeschreibungen sollten während der Mitarbeitergespräche thematisiert werden, um die Aktualisierung sicherzustellen. Die Stellenbeschreibung bzw. Aufgabenbeschreibungen der Beauftragten müssen ebenso erstellt werden (Hygienebeauftragte, Qualitätsmanagementbeauftragte).

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.2 Einarbeitung neuer Mitarbeiter, M 1 Einarbeitungscheckliste (15.3.10)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Dem Mitarbeiter wird eine Bezugsperson zur Seite gestellt. Er erhält alle wichtigen Unterlagen (Checkliste). Nach zwei Monaten findet ein Zwischengespräch, nach vier Monaten findet das Abschlussgespräch statt. Nach zwei bis drei Wochen beginnt der Mitarbeiter, die Tour, in die er eingearbeitet wurde, selbstständig zu fahren. Die Bezugsperson wird in die Gespräche eingeschlossen bzw. wird um ihre Einschätzung des neuen Mitarbeiters gebeten, wenn eine Teilnahme am Gespräch nicht sichergestellt ist.</p> <p>N: Erstgesprächsprotokoll, Einarbeitungsprotokoll</p>	
<p>F: Die Rückmeldungen während der Gespräche werden als positiv eingeschätzt. Themen sind z.B. Touren, Tourenplanung und Betreuung. Die Mitarbeiter geben nach Einschätzung der PDL gute Rückmeldungen, die auch für das Vertrauen sprechen, die die MA gegenüber der PDL haben.</p>	
<p>F: Bis auf drei Mitarbeiter sind alle neuen Mitarbeiter in der Einrichtung geblieben.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.3 Ausbildung (noch keine Regelung)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Zur Zeit gibt es noch keine Rückmeldungen von der Pflegeschule über die Qualität der Ausbildung während ihres Einsatzes in der Einrichtung. Mündliche Rückmeldungen der Schüler sind durchweg positiv. Die zur Zeit in der Weiterbildung befindliche Praxisanleiterin arbeitet Ausbildungsziele gemeinsam mit den Auszubildenden für deren Einsätze aus.</p>	<p>H: Eine Regelung existiert noch nicht. Das Konzept zur Ausbildung muss schriftlich niedergelegt werden.</p>

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.4 Fort- und Weiterbildung (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Der Fortbildungsplan des Seniorenzentrums hängt in der Einrichtung aus. Die eigene Planung des PDOE ist noch nicht komplett.	E: Die Planungen sollten aufeinander abgestimmt und ein Jahr im Voraus erstellt werden.
F: Teilnehmer werden dokumentiert, Pflichtfortbildungen sichergestellt.	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.6 Diakonische Angebote für Mitarbeiter (V 1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Beratung / Unterstützung in krisenhaften Situationen wird nicht ausreichend in der Regelung thematisiert bzw. auch nicht auf die Regelung K 1.14 verwiesen (Umgang mit Sterben und Tod).	H: Die Verknüpfungen zwischen den Regelungen müssen deutlich werden. Der Aspekt der Unterstützung und Hilfe bei schweren Krisen muss ausreichend thematisiert werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 2.3.7 Teamentwicklung (V 1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Zum Aspekt der Teamentwicklung und des Umganges mit Konfliktsituationen gehört auch, einen externen Moderator / Mediator / Supervisor hinzuzuziehen, wenn Leitungen Teil eines Problems sind. Hinweise hierauf könnten sich durch Rückmeldungen im Rahmen der Teamgespräche, der Mitarbeitergespräche - oder wenn nicht im Rahmen dieser Prozesse - in den Ergebnissen der anonymen Mitarbeiterbefragung zeigen.	H: Dieser Aspekt muss in der Regelung zur Anforderung thematisiert und beschrieben werden.

3.1.3 Qualitätsmanagement

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.3 Fehlermanagement (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Fehler sind in 2009 noch nicht systematisch erfasst und ausgewertet werden. Das System ist noch im Aufbau - für 2010 erfolgt die Fehlererfassung, Ursachenanalyse und Maßnahmenwirkung systematisch. Die bestehende Regelung ist umfassend. Ein grober Fehler wurde festgestellt (Patient stand nicht auf dem Einsatzplan) und umgehend abgestellt. Zur Vorbeugung werden Touren- und Einsatzpläne manuell durch die PDL abgeglichen.</p> <p>N: Fehlersammelkarte 2009.</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.5 Beschwerdemanagement (V 1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Beschwerdebögen werden den Patienten ausgehändigt und durch die Bezugspflegekräfte an die PDL weitergeleitet.	
F: Systematisch wird das Beschwerdewesen 2010 betrieben.	
F: Im letzten Jahr gingen zwei Beschwerden zum Thema 'Pflege' ein, einige Beschwerden beziehen sich auf den Menüdienst.	H: Der interne Ablauf der Beschwerdebearbeitung in Bezug auf die 'Kooperation' mit dem Menüdienst muss geklärt und festgelegt werden - der Pflegedienst muss sich darauf verlassen können, dass die gemeldeten Beschwerden als Fehler umgehend bearbeitet und mit dem Beschwerdeführer gelöst werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.6 Internes Audit (V1), M01 Auditplan (V1), M02 Auditbericht (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Überprüfungen der Qualität: Pflegevisiten, Beschwerdemanagement. Bei der Darstellung der Maßnahmenverfolgung gibt es im Bereich des Protokolls Verbesserungspotential.	H: Die Regelung zum Internen Audit muss 'weiter' gefaßt werden, denn Pflegevisiten stellen ebenfalls Audits dar. Die Prinzipien sind jedoch gut beschrieben und treffen auch für die Pflegevisiten zu: Der visitierte Patient kann nicht durch seine Bezugspflegekraft visitiert werden, sondern durch andere Pflegefachkräfte bzw. die PDL.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.6 Internes Audit (V1), M01 Auditplan (V1), M02 Auditbericht (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Häufigste während der Pflegevisiten festgestellte Fehler fanden sich in der Dokumentation (z.B. Biographie, Sturzerfassung, Bradenskala etc.). Die Fehlerhäufigkeit ist mitarbeiterabhängig. Deshalb wurden die Touren fest zugeordnet, so dass die Verantwortlichkeit nachvollziehbar war. Seitdem hat sich die Vollständigkeit der Dokumentation und die Qualität der Versorgung verbessert. Vergleiche zu den Visiten des letzten Jahres werden vor erneuter Visite vorgenommen. Auswertungen finden jährlich statt. Maßnahmenpläne werden erstellt und die Ergebnisse mit den Mitarbeitern besprochen, wenn diese nicht bei der Visite anwesend waren. Ergebnisse werden ggf. monatlich im Rahmen der Teambesprechungen präsentiert. Gravierende Abweichungen werden sofort zurückgemeldet.</p> <p>N: Auswertung Pflegevisite 2009</p>	<p>E: Die Visiten sollten laufend ausgewertet werden. Das geprüfte Visitenprotokoll erschien unübersichtlich - wichtige Informationen können auf diese Weise verloren gehen.</p>
<p>F: Der Visitenplan hängt in der Einrichtung aus. Drei bis vier Tage im Voraus wird den Mitarbeitern sowie Angehörigen und Patienten der genaue Termin und die Uhrzeit der Visite mitgeteilt.</p> <p>N: Pflegevisitenprotokolle 2009</p>	

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
F 3.7 Patientenbefragung (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
<p>F: Der Rücklauf war im letzten Jahr nicht sehr hoch. Die PDL wird im Sinne einer höheren Beteiligung Maßnahmen ergreifen (z.B. persönliches Anschreiben, Zusicherung der Anonymität etc.).</p>	
<p>F: Das Thema 'Diakonisches Angebot' spielt in der ambulanten Versorgung nur eine untergeordnete Rolle. Interessenten werden die Angebote des Seniorenzentrums unterbreitet (Fahrdienst wird angeboten).</p>	

3.2 Kernprozesse

3.2.1 Pflege

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.2 Pflegekonzept (V1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Das Pflegemodell von Krohwinkel entspricht nicht dem, dass bethelweit zu Grunde gelegt werden sollte.	H: Das Konzept muss, wie im letzten Jahr besprochen, angepasst werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.3 Erstkontakt, Erstgespräch (V 2), M01 Erstkontakt (V 2), M02 Beratungsthemen Aufnahme/ Informationsgespräch (V 2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung hat eine andere Bezeichnung erhalten: Erstkontakt / Aufnahme, Informationsgespräch.	A: Bitte ganz generell darauf verzichten, den Regelungen zu den Anforderungen unterschiedliche oder abgewandelte Bezeichnungen zu geben bzw. auch Themen unterschiedlicher Anforderungen zusammenzufassen (vgl. Projekt 'Vereinheitlichung des konzernweiten Verständnisses der DSP- und KTQ-Anforderungen'). Darüber hinaus sind die Empfehlungen und Hinweise von 2009 auch in Hinblick auf K 1.4 Aufnahme nicht aufgenommen worden (vgl. Empfehlungen / Hinweis 2009). Die Regelungen müssen dem Auditor überarbeitet nachgereicht werden.
F: Der Erstkontakt nach Dienstschluss wird durch die PDL geleistet. Über das Wochenende ist das Bereitschaftsdiensthandy bei Mitarbeitern, die im Dienst eingeteilt sind. Die Mitarbeiter können auf Flyer zurückgreifen und notieren die Telefonnummer für Rückrufe. Ein Erstkontakt des Bereitschaftsdienstes mündete in ein Erstgespräch und in eine Aufnahme. Für eilige Aufnahmen steht die PDL auch an den Wochenenden zur Verfügung.	E: Das Formular zum Erstkontakt sollte in die Bereitschaftsdienstmappe gelegt werden.
F: Die Zuweiser besitzen gute Erfahrungen mit der Versorgung durch Bethel, weil diese häufig als Hausärzte im Seniorenzentrum arbeiten.	
F: Erstgespräche werden durch die PDL durchgeführt, Beratungen durchgeführt und pflegerische Risiken erhoben. Auf einen Sozialdienst greift die Einrichtung nicht zurück.	E: Die Einrichtung sollte überlegen, welche Kompetenzen (vgl. auch Ausbildung / Fort- und Weiterbildung) sie benötigt, um ein Alleinstellungsmerkmal auf dem Markt zu erlangen)

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.4 Aufnahme	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung wurde in die K 1.3 integriert. Hierdurch ist der Aspekt der 'Integration' nicht mehr weiter ausgeführt worden.	H: Die Regelung muss aus analytischen Gründen vom Erstgespräch getrennt und die Kriterien der Anforderungen beantwortet werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.5 Pflegeprozess, Pflegeplanung (V 1)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Fallbesprechungen werden noch nicht systematisch als Lösungsinstrument für Fragen herangezogen.	H: Das Instrument muss noch entwickelt werden.
F: Die Evaluierung erfolgt bei Neuplanung nach spätestens zwei Wochen. Danach bei Veränderungen der Pflegesituation.	H: Die Forderung nach dem Zustand angepasster, dokumentierter Überprüfungsintervalle muss noch deutlicher formuliert werden. Kennt die Pflegefachkraft den Patienten noch nicht und kann ihn nicht einschätzen, sind die Intervalle 'eng gesteckt' - ein Tag, zwei Tage, fünf Tage (Dekubitusgefahr, Schmerzen), ist der Zustand stabil und der Patient bekannt können die Intervalle nach Einschätzung der Pflegefachkraft auch 'weiter' gesteckt sein - einen Monat, zwei Monate etc.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.6 Pflegedokumentationssystem (V 2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Situationsbedingte Maßnahmen (z.B. in Bezug auf Risiken) muss weiterhin thematisiert werden (Fallbesprechungen / Rücksprache mit Hausärzten / Angehörigen etc.)	H: Die Deutung der beobachteten Phänomene muss geübt, die Darstellung des Patienten nach einem festen Schema (z.B. Pflegerisiken, Lebensaktivitäten) während der Pflegevisiten praktiziert werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.7 Pflegestandards (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Nationalen Expertenstandards sind noch nicht vollständig umgesetzt.	H: Die Standards müssen schrittweise umgesetzt und auditiert werden. Hierzu gehören auch je nach Zustand des Patienten festgelegte Überprüfungsintervalle spezifischer Phänomene und dazugehöriger Maßnahmen.
F: Expertenstandards wurden im QM-Handbuch nicht gefunden. Die Maßnahmen, die im Prozess beschreiben werden, erscheinen noch nicht ausreichend an die Rahmenbedingungen des ambulanten Bereichs angepasst. Die beschriebenen Maßnahmen treffen eher auf den stationären Bereich zu - z.B. lässt sich ohne Unterstützung der Angehörigen kein umfassendes Toilettentraining umsetzen oder Lagerungsmaßnahmen durchführen sowie Ernährungs- und Trinkprotokolle dokumentieren.	H: Die Expertenstandards müssen im Format umgesetzt werden (siehe 2009). Die Prozesskriterien müssen auf die Anforderungen der Einrichtung angepasst werden.
F: Der Fokus der Expertenstandards liegt auf der Beratung zu Risiken. In den vorliegenden Standards wird auf die umfangreichen Informationsmaterialien der Einrichtung nicht verwiesen.	H / E: Beratungsleitungen und Informationsmaterialien müssen ausgewiesen werden. Die PDL sollte das vorhandene Netzwerk nutzen und auf Regelungen der anderen ambulanten Einrichtungen zurückgreifen.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 1.10 Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Die Regelung ist zur Zeit in GroupWise nicht vorhanden. Die Frage des Betreuungsaufwandes kann durch das Literaturstudium nicht geklärt werden.	H: Die Regelung muss umgehend nachgereicht werden.

3.2.2 Hauswirtschaft

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.1 Hauswirtschaftskonzept (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Das Konzept ist in Bezug auf die einzelnen Kriterien der Anforderung nicht aussagekräftig.	H: Die Regelung muss überarbeitet und angepasst, auf die Leistungskomplexe und Besonderheiten verwiesen werden.

Regelungen / Referenzen zur QM-Dokumentation	
K 2.3 Verpflegung (V2)	
Feststellungen / eingesehene Nachweise	Empfehlungen / Hinweise / Abweichungen
F: Der Menüdienst, der vom Seniorenzentrum angeboten wird, wird durch den Pflegedienst auch vermittelt. Beschwerden werden über die PDL an die Küche des Seniorenzentrums weitergeleitet.	H: Die Einrichtung muss eine umfassende und sofortige Bearbeitung der Beschwerden intern sicherstellen, da Beschwerden zum Menüdienst die Reputation des Pflegedienstes beeinflussen könnten.

3.3 Maßnahmenplan

Die Umsetzung des Maßnahmenplans zur letzten Revision wurde stichprobenartig überprüft. Die dokumentierten Ergebnisse wurden vor Ort teilweise bestätigt.

4 Begutachtungen

4.1 Begutachtungen von Bereichen⁴

4.1.1 Büroräume des Pflegedienstes

Datum:	17.3.10
Begleitpersonen / Leitungen:	Fr. Möller, Fr. Gottschalk, Fr. Wortmann, Hr. Dietel

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
F 4.2 Arbeitsschutz*	Hautschutzplan der BGW / Hygieneplan*	iO
	Frage aus F 4.5: Aushang aktueller Hygiene- und Desinfektionspläne? Wird Hautschutz mit in die Hinweise eingeschlossen? Mitarbeitern bekannt?	iO
F 4.3 Brandschutz*	Aushang von Flucht- und Rettungsplänen*	iO
	Sind Fluchtwege / Flure frei begehbar?*	iO
	Sicherheit: Zugang zu gefährlichen Substanzen*	iO
F 4.4 Wartungs- und Kontrollsystem*	Kontrolle des Defibrillators / der Sauerstoffflasche des Reanimationswagens*	t.n.z.
	Notfallausstattung*	Verbandskasten / Verbandsbuch
	Funktionskontrolle der Medizinprodukte durch die Mitarbeiter des Bereiches*	iO (BZ-Geräte werden wöchentlich geeicht - die Prüfung wird dokumentiert.
	Beachtung des Datenschutzes*	iO
	Überwachung der Kühlschranktemperatur (dokumentiert?)	t.n.z.
F 4.5 Hygiene**	Arbeitsmittel im ausreichenden Umfang (Handschuhe, Händedesinfektionsmittel etc.) vorhanden?*	iO
	Ausstattung Pflegewagen*	--> Tourentasche.
	Veröffentlichung von Sicherheitsanweisungen, z.B. Verhalten im Notfall*	iO
	Erforderliche Hygienemaßnahmen bei Isolierten (Schutzkleidung, Hauben, Mundschutz, Handschuhe, Einmalkittel, Wäsche, Abwurf, Reinigung)?*	Arbeitsmittel sind ausreichend vorhanden.
	Trennung von reinem / unreinem Arbeitsraum / Arbeitsmitteln*	t.n.z.

⁴ Die Kriterien sind dem Katalog Diakonie-Siegel Pflege, Version 2, entnommen

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
F 4.5 Hygiene**	Lagerungshilfsmittel*	t.n.z.
	Lagerung der Verbandsmaterialien*	iO
	Lagerung des Sterilgutes*	iO
	Gesamteindruck Sauberkeit und Hygiene (Ordnung in den Dienstzimmern / Kleidung der Mitarbeiter)**	Die Räume sind sehr gut gepflegt, ordentlich und sauber.
K 1.9 Umgang mit den Medikamenten*	Sachgemäße Lagerung / Aufbewahrung*	t.n.z. - für den Fall, dass die Medikamente beim Patienten gesichert werden müssen, stehen Medikamententresore zur Verfügung.
	Entsorgung der Medikamente (und Spritzenbestecke)*	iO
	Entsprechen die Medikamente denen, die der Arzt angeordnet hat (Abgleich Med. / Verordnung)?*	t.n.z.
	Kontrollliste Lagergut und Medikamente*	t.n.z.
	Beschriftungen der angebrochenen Verpackungen / Blisterpackungen – nach Anbruchs- und Verfallsdatum mit Jahreszahl*	t.n.z.
	BTM – Buch und Aufbewahrung (Vollständigkeit) / Verblisterung / Vier-Augen-Prizip*	t.n.z.
K 2.2 Wohnraumgestaltung **	Gestaltung der Gemeinschaftsräume**	iO
	Gestaltung der Außenbereiche**	t.n.z.
	Individuelle Gestaltung der Zimmer**	t.n.z.
	Veranstaltungsübersicht**	t.n.z.
	Orientierungshilfen*	iO - Das Büro ist in Räumlichkeiten des Seniorenzentrums untergebracht.
K 2.3 Verpflegung *	Aktueller, gut lesbarer Speiseplan im Wohnbereich?*	t.n.z.
K 2.4 Reinigung **	Verkehrsflächen - Fußböden („runde Ecken“, Staub, Begehbarkeit)**	iO
	Gerüche? **	iO
	Sanitärbereiche und Funktionsräume**	iO
	Sauberkeit und Ordnung in Gemeinschaftsräumen**	iO
	Sauberkeit der Umgebung: Fenster, Sonnenschutz / Jalousien **	iO
	Sauberkeit Verteilerküchen**	t.n.z.
U 1.5 Beschaffung und Lagerung	Zentrallager	Die Lager sollten optimiert werden - Trennung von Büro- und medizinischem Bedarf.
Diakonisch-Kirchliche Angebote *	Leitbilder gut sichtbar und bewohnerorientiert angebracht?*	iO
	Ausstattung der Bewohnerzimmer mit Neuem Testament (NT)*	Die Mitarbeiter haben zur Einstellung das Neue Testament bekommen.
	Angebotsübersicht gut sichtbar?*	t.n.z.
	Bibel / Feiern und Loben / andere Gesangsbücher in allen Wohnbereichen / Einlegeblätter?*	Bücher liegen in der Einrichtung aus.
	Liste der Pastoren / Pfarrer*	E: Die Liste von Adressen, an die sich Mitarbeiter zur anonymen Beratung wenden können, sollten ausgehängt werden.
	Utensilien zur Gestaltung des Abschieds von verstorbenen Bewohnern ('Aussegnungssets') in allen Wohnbereichen?*	t.n.z.

Subkategorie	Kriterium / Subkriterium	Kommentar
Sonstiges	Namenschilder?	iO
	FeM: Bei Freiheitsentziehenden Maßnahmen: liegt Gerichtsbeschluss vor? (Stichprobe)*	
	Handzeichenlisten aktuell? (Stichprobe: von der HZ-Liste zum Dienstplan zur Akte - Übereinstimmung?)*	iO
	Handläufe, Haltegriffe (Sanitärbereich), behindertengerechtes Bad / Toilette) auf allen Etagen*	t.n.z.
	Fäkalienspüle im unreinen Arbeitsraum*	t.n.z.
	Stufenloser Eingang *	iO
	Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1.20 m)*	iO
	Rufanlage in jedem Zimmer vorhanden / Nachtbeleuchtung*	t.n.z.
	Rutschfester Fußboden*	iO
	An Pflegefachkraft: Wann erfahren Sie von Aufnahmen? Welche Informationen erhalten Sie aus dem Erstgespräch / der prästationären Sprechstunde / vom Überleitungsbogen? Wer legt die Bezugs- / Bereichspflegefachkraft fest?	Die Mitarbeiter erfahren umgehend von dem Erstgespräch bzw. werden in eiligen Fällen auch per Handy während ihrer Tour informiert.
	Kennen Sie die Ziele Ihrer Einrichtung? Kennen Sie die Ihrer Abteilung für dieses Jahr? Wissen Sie, wo Sie im Moment stehen?	Die befragten Mitarbeiter kannten die Ziele (Revision, Sterne, Hygienebeauftragte)
	Dienst- / Tourenplanung - Kap. 4.1.1	
	Interne Kommunikation - Kap. 4.1.1	
	Datenschutz - Kap. 4.3 (k113f)	
Gesamtbewertung**		Die Büros erscheinen sehr sauber und gepflegt. Die Räume müssen weiterhin gepflegt werden (Schrammen an der Wand). Die Einrichtung ist funktional, die Räume laden zum Arbeit ein. Die Lager sollten optimiert werden - Trennung von Büro- und medizinischem Bedarf.

Legende:

iO - in Ordnung - Bewertung '2' / ggf. Schulnote**
t.n.z. - trifft nicht zu
*Beurteilung nach '0' - nein, '1' - teilweise, '2' - vollständig (iO)
--> bei '0' und '1' Kommentar / Empfehlung bzw. Hinweis
**Benotung nach Schulnoten

Quelle: Kriterien des Prüfkataloges ‚Diakonie-Siegel Pflege, Version 2.0‘ – Auswahl in Anlehnung an die 6 Kategorien der jährlichen Zusammenfassungen der Qualitätsberichte – ‚Gesamtübersicht‘ (Bewertung nach Schulnoten im Vergleich der letzten 3 Jahre).

4.2 Begutachtungen von Patienten

4.2.1 Patient 1

Datum:	17.3.2010			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:				Pflegestufe:	2
Derzeitige Situation:	Bewegungseingeschränkt - teilweise bettlägerig. Mobilisation in den Sessel - bei Bewegung / Belastung nehmen Schmerzen aufgrund der Durchblutungsstörungen zu. Suprapubischer Dauerkatheter - dennoch Harnwegsinfekt. Unterstützung in allen Lebensaktivitäten (LA) - Pneumonieprophylaxe, Lagerungswechsel zur Dekubitusprophylaxe - Patient führt Maßnahmen nicht ohne Anleitung durch. Kontrakturen an beiden Händen. Erscheint häufig sehr niedergeschlagen und äußert, Sterben zu wollen. Lehnt viele Maßnahmen ab.				
Medizinische Diagnosen:	Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, PRVK --> Diabetes mellitus.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	iO
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	iO
Bauchnabel:	iO	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	iO
Analegend:	iO	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Rechte Fußsohle: Kleinere Hautirritationen - Schorf, Hornhaut, Rötungen	Zehenzwischenräume:	iO	Hautzustand:	iO - jedoch etwas exsikkotisch.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Vollständig orientiert. Lehnt viele Maßnahmen ab.	Schmerzen:	Bei Belastung, in Ruhe nicht.
DK:	Suprapubischer DK seit 2006.	IKM:	Geschlossen.		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	Antidekubitusmatratze, Pflegebett.	Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Angehörige: "Andre Angebote nehmen wir manchmal wahr - Behördengänge, Einkauf."		Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	"Die Versorgung ist gut."	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	"Ich bin zufrieden, mir fallen keine Verbesserungsvorschläge ein."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Liebevoll, angemessen.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Der Patient ist sehr gut versorgt.			+ / -	

4.2.2 Patient 2

Datum:	17.3.2010			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:				Pflegestufe:	1
Derzeitige Situation:	Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme, Insulingabe, hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Unterstützung bei Arztbesuchen und Behördengängen; nicht immer zu allen Qualitäten orientiert (zeitlich, situativ). Sturzgefährdung ('Trippelschritte'), Dekubitusgefährdung (Bewegungseinschränkung), kontinent. BZ-Kontrollen durch die Pflegefachkräfte - Patientin kann ihren BZ teilweise schlecht einschätzen.				
Medizinische Diagnosen:	Diabetes mellitus, Demenz, Aortenklappenstenose, Psychosomatische Beschwerden, paroxysmale Tachykardie.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	Keine Inspektion.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	iO	Brust:	Keine Inspektion.
Bauchnabel:	Keine Inspektion.	Hüften:	iO	Gluteal / Sakral	Keine Inspektion.
Analgegend:	Keine Inspektion.	Leistenbereich:	Keine Inspektion.	Intimbereich:	Keine Inspektion.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Keine Inspektion.	Zehenzwischenräume:	Keine Inspektion.	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Zur Situation, zur Person, zum Ort.	Schmerzen:	t.n.z.
DK:	t.n.z.	IKM:	Keine Inspektion.		
Atmosphäre:	Sehr wohnlich.	Bett (auch: höhenverstellbar)		Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:	"Das Mittagessen ist manchmal ein wenig kühl."	
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	"Mit meiner Versorgung bin ich zufrieden."	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	"Ich bin im Großen und Ganzen zufrieden. Das Essen muss richtig warm sein, das ist das einzige, was ich monieren würde." / "Das Bad (in der Seniorenwohnung) sollte eine Dusche haben - die Wanne ist zu hoch und man kann ausrutschen."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Zugewandt, angemessen.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Das Essen ist häufiger kühl - es ist schon einige Male erwähnt worden und es hat sich nichts verändert. E: Dieser 'Fehler' sollte abgestellt werden				
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin ist zufrieden mit Ihrer Versorgung.			+ / -	

4.2.3 Patient 3

Datum:	17.3.2010	Geb.Datum:	
Name, Vorname:		Bereich / Abteilung:	
Betreuung:		Pflegestufe:	1
Derzeitige Situation:	Konnte sich nicht mehr vollständig versorgen und benötigt seelische Unterstützung. Eingeschränkte Sehfähigkeit - kann die Medikamente nicht mehr selbst stellen --> tägliches Medikamentenstellen und Unterstützung beim An- und Auskleiden. Höreinschränkung. Orientiert. Erscheint häufiger niedergeschlagen und äußert Schmerzen, klagt dann über Schlaflosigkeit. Kann sich ansonsten selbst versorgen. Gangunsicherheit und Schwindel --> aufgrund dessen (sowie der Hör- und Seheinschränkung) sturzgefährdet. Vor Aufnahme der Pflege durch die Einrichtung stürzte die Patientin in ihrer Wohnung. Zustand nach Sturz mit Verletzungen - danach Unterstützung durch die Einrichtung. Darüber hinaus hat sie nun einen Notruf.		
Medizinische Diagnosen:	Hypertonie, Zustand nach Brustamputation / Zustand nach Gebärmutteroperation, Depression.		
Aktueller Zustand / Umfeld:			
Haare:	iO	Ohren:	Hörgeräte bds. - links: Zustand nach OP.
Lippen:	iO	Zähne:	
Zunge:	iO	Achseln:	
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	
Bauchnabel:	Keine Inspektion.	Hüften:	
Analgegend:	Keine Inspektion.	Leistenbereich:	
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Keine Inspektion.	Zehenzwischenräume:	
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	
DK:	t.n.z.	IKM:	
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	4.1.2.3 (c81)
Sauberkeit Zimmer / Nachttische / Hilfsmittel		Gerüche:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:	
Zufriedenheit:			
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Veranstaltungen des Seniorenzentrums werden an die Patienten weitergeleitet. Die Patientin weiß um die Angebote, nimmt viele aber nicht wahr, weil sie sehr sehingeschränkt ist.	Essen:	Montags / Dienstags / Donnerstags / Samstags / Sonntags - "Gut."
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):	"Ich gehe zur Bibelstunde und zur Wochenschlussandacht."	Pflegerische Versorgung:	"Gut."
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:	
Sollte etwas verbessert werden?	"Eigentlich kann die Einrichtung nichts besser machen. Ich habe auch zwei Leuten den Einzug empfohlen."	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Angemessen, zugewandt
Bewertung:			
Sollte etwas verbessert werden?			
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin ist gut versorgt und bestimmt ihren Tagesablauf vollständig selbst.	+ / -	

4.2.4 Patient 4

Datum:	17.3.2010			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:	Angehöriger.			Pflegestufe:	2
Derzeitige Situation:	Große Toilette, PEG-Versorgung, Wundversorgung, Medikamentenversorgung. Ansonsten über nimmt der Ehemann der Patientin die Versorgung. Sie hat während des Besuches durch die Auditorin einen epileptischen Anfall bekommen - die Pflegefachkraft reagierte adäquat und die anschließende Versorgung war fachlich angemessen.				
Medizinische Diagnosen:	Epilepsie, Harninkontinenz, HOPS, Zustand nach Hirnblutung.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	Trocken.	Zähne:	Nicht inspiziert.	Zahnfleisch:	Nicht inspiziert.
Zunge:	iO	Achseln:	Nicht inspiziert.	Ellenbogen:	Nicht inspiziert.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	Nicht inspiziert.	Brust:	Nicht inspiziert.
Bauchnabel:	Nicht inspiziert.	Hüften:	Nicht inspiziert.	Gluteal / Sakral	iO
Analgegend:	iO - Kleinfingernagelgröße	Leistenbereich:	iO	Intimbereich:	iO
Fuß/Ferse/Fußnägel:	iO	Zehenzwischenräume:	Nicht inspiziert.	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	Niedriger BMI.	PEG/Sondennahrung:	Sonde mehr zur Sicherheit (Flüssigkeitsdefizit) - kann überwiegend selbst essen.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	Einstichstelle PEG.	Orientierung:	Fraglich, zum Teil zum Ort, zur Person	Schmerzen:	t.n.z.
DK:	Vorhanden - Ch nicht eingetragen.	IKM:	Keine.		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	t.n.z.	Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche / Nasszelle / WC:		Gerüche:		Kleidung:	
		Mobilier:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):	Keine Befragung möglich.		Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:		
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?			Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Die Größe und das Datum des nächsten DK-Wechsels müssen in der Dokumentation eingetragen werden.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Die pflegerische Versorgung ist sehr gut - auf den Notfall (epileptischer		+ / -		

4.2.5 Patient 5

Datum:	17.3.2010			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:				Pflegestufe:	1
Derzeitige Situation:	Sturzgefährdet (Stürze dokumentiert) - Unterstützung bei der Körperpflege und der Essensversorgung.				
Medizinische Diagnosen:	Zustand nach Sturz - Fraktur des Humeruskopfes - Zustand nach OP der linken Schulter, Demenz.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	iO	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	iO	Zahnfleisch:	iO
Zunge:	iO	Achseln:	iO	Ellenbogen:	Nicht inspiziert.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	Nicht inspiziert.	Brust:	Nicht inspiziert.
Bauchnabel:	Nicht inspiziert.	Hüften:	Nicht inspiziert.	Gluteal / Sakral	Nicht inspiziert.
Analgegend:	Nicht inspiziert.	Leistenbereich:	Nicht inspiziert.	Intimbereich:	Nicht inspiziert.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Nicht inspiziert.	Zehenzwischenräume:	Nicht inspiziert.	Hautzustand:	Nicht inspiziert.
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:	t.n.z.	Orientierung:	Zur Person, zur Zeit, weniger zur Situation.	Schmerzen:	Keine.
DK:	t.n.z.	IKM:	Keine.		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	4.1.2.3 (c81)	Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsiche / Hilfsmittel		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Mobiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):			Essen:		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):			Pflegerische Versorgung:	"Finde ich gut."	
Medizinische Versorgung:			Therapeutische Anwendungen:		
Sollte etwas verbessert werden?	"Ich bin sehr zufrieden."		Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Sehr gut und angemessen.	
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?					
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin ist sehr gut versorgt.		+ / -		

4.2.6 Patient 6

Datum:	17.3.2010			Geb.Datum:	
Name, Vorname:				Bereich / Abteilung:	
Betreuung:				Pflegestufe:	2
Derzeitige Situation:	Injektion von Insulin zweimal täglich, Grundpflege einmal täglich.				
Medizinische Diagnosen:	Zustand nach Hysterektomie 1979 / Darm-OP 2001, Vorhofflimmern, Diabetes mellitus, beginnende Demenz.				
Aktueller Zustand / Umfeld:					
Haare:	iO	Ohren:	Nicht inspiziert.	Augen:	iO
Lippen:	iO	Zähne:	Nicht inspiziert.	Zahnfleisch:	Nicht inspiziert.
Zunge:	iO	Achseln:	Nicht inspiziert.	Ellenbogen:	Nicht inspiziert.
Finger / Fingernägel	iO	Schulterblätter:	Nicht inspiziert.	Brust:	Nicht inspiziert.
Bauchnabel:	iO	Hüften:	Nicht inspiziert.	Gluteal / Sakral	Nicht inspiziert.
Analgegend:	Nicht inspiziert.	Leistenbereich:	Nicht inspiziert.	Intimbereich:	Nicht inspiziert.
Fuß/Ferse/Fußnägel:	Nicht inspiziert.	Zehenzwischenräume:	Nicht inspiziert.	Hautzustand:	iO
Ernährungszustand:	iO	PEG/Sondennahrung:	t.n.z.	ggf. Ödeme:	t.n.z.
Wunden:		Orientierung:	Zur Person, zur Zeit, zum Ort und zur Situation.	Schmerzen:	t.n.z.
DK:		IKM:	Offen.		
Atmosphäre:		Bett (auch: höhenverstellbar)	Nicht inspiziert.	Wandschmuck/Bilder	
Sauberkeit Zimmer / Nachtsche /		Gerüche:		Kleidung:	
Nasszelle / WC:		Möbiliar:			
Zufriedenheit:					
Beschäftigungsangebote (kennen Sie das Angebot / Bewertung):		Essen:	lässt sich das Essen vom Restaurant um die Ecke kommen.		
Kirchliche Angebote / Teilnahme an Gottesdiensten (Kenntnis des Angebotes / Bewertung):		Pflegerische Versorgung:	Ist mit der Versorgung sehr zufrieden.		
Medizinische Versorgung:		Therapeutische Anwendungen:			
Sollte etwas verbessert werden?	Ist vollständig zufrieden mit ihrer Versorgung.	Umgang der Beteiligten mit Patienten / Bewohner:	Sehr herzlich, angemessen.		
Bewertung:					
Sollte etwas verbessert werden?	Der Damenbart war nicht ordentlich rasiert.				
Gesamteindruck / Bewertung:	Die Patientin erschien sehr gepflegt und wurde gut versorgt.		+ / -		

4.3 Überprüfung der Dokumentation

	Stammblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikoskala /-einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsbblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten
1.	2	2	2	2		2	2	2		2				2	2		2			0	2					1	2,5
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 28.11.08): Zustand nach Krankenhaus-Aufenthalt und Gallengangs-Stand. Bettlägerig und antriebslos - Dekubitusgefährdung wg. Antriebslosigkeit. Pflegebett mit Antidekubitusmatratze war schon vor Ort, als die Versorgung begann. Patient schaute gerne TV. Benötigte in allen Lebensaktivitäten (LA) Unterstützung. Wurde durch die Ehefrau versorgt. Diabetes mellitus --> Leistungen des Pflegedienstes: BZ-Kontrolle, Medikamentenapplikation - Insulinverabreichung. Suprapubischer Dauerkatheter - Verbandswechsel zweimal wöchentlich. Kontrakturen an den Händen unklarer Genese - 'neurologische' Ursache konnten nicht abgeklärt werden. Höreinschränkung. Neben der pflegerischen Versorgung wurde der Patient krankengymnastisch (KG) behandelt.</p> <p>Schlüsselereignisse: Keine.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Die Motivation zur Selbstpflege hat sich verbessert. Der Patient sitzt zu den Mahlzeiten am Tisch und isst ohne Unterstützung. Lässt sich häufig aus dem Bett mobilisieren. Lehnt Medikamente zur Mobilisation durch die KG ab. Der Patient könnte sein Potenzial nach Einschätzung der Pflegefachkraft noch weiter ausschöpfen. Zur Terrasse ist eine Rampe für den Rollstuhl installiert, so dass der Patient im Sommer in den Garten kann - in diesen möchte er jedoch nicht gerne mobilisiert werden. Schwankt sehr stark mit dem Blutzucker-Spiegel - mögliche Ursache: Zur Zeit bekommt der Patient ein Antibiotikum wegen eines Harnwegsinfekts.</p> <p>Ausblick: Zunahme der Mobilität - Mobilisation in den Rollstuhl. Stabilisierung des Blutzuckers. Entlastung der Angehörigen.</p> <p>Bewertung: Die erste Planung ist in der vorgegebenen Frist erstellt worden und entspricht der Anamnese. E: Die Pflegeplanung sollte in der Reihenfolge der LA angelegt werden. E: Die Kooperation des Patienten hat sich verbessert, die Mobilisation könnte jedoch noch verbessert werden. Der Patient lehnt dies jedoch ab. In diesen Fällen sollte immer eine Fallbesprechung stattfinden und sich die Pflegeplanung hierauf beziehen. H: Die Medikamente, die in der Verantwortung der Pflegefachkräfte gestellt werden, müssen immer dokumentiert werden und die Verabreichung im Durchführungsnachweis nachvollziehbar sein.</p>																								1	2,5	
2.	2	2	0	0	2		2							2	2		2			0	2					1	3,5
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 16.4.2009): Wohnte im Seniorenwohnhaus des SZOE - Serviceleistungen erfolgten durch die Einrichtung. Selbstständigkeit in allen Lebensaktivitäten (LA).</p> <p>Schlüsselereignisse: Hyperglykämie - kam mit den Insulininjektionen aufgrund der zunehmenden Auswirkung der Demenz nicht mehr zurecht --> Leistung der Einrichtung: BZ-Kontrollen und 'Selbstständige Nahrungsaufnahme' / 'Einkaufen'.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Zunehmende Demenz. BZ-Kontrolle, Medikamentengabe, Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme. Selbstständige Versorgung in allen übrigen LA durch die Patientin. Hat an Körpergewicht in den letzten Wochen zugenommen - zum Teil passt die Kleidung nicht mehr. Auftreten einer Belastungsdyspnoe seit dem 27.11.09 - noch bevor sie zugenommen hat. Isst im Speisesaal des Seniorenzentrum. Das Essen ist ihr hier zu 'kühl'.</p> <p>Ausblick: Das Körpergewicht soll sich stabilisieren..</p> <p>Bewertung: H: Die Ursache der Belastungsdyspnoe muss abgeklärt und in Absprache mit dem Hausarzt ggf. geeignete Maßnahmen ergriffen werden. Der Zeitpunkt des ersten Auftretens der Dyspnoe lässt sich anhand der Dokumentation gut nachvollziehen und feststellen, dass diese vor Zunahme des Körpergewichtes festgestellt wurde.</p>																								1	1,5	

	Stamblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikoskala / -einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*	Bewertung der Vollständigkeit und Schriftführung in Schulnoten	
3.																												
	Keine Überprüfung der Dokumentation.																											
4.	1	2	2	2	2	2	2			2	2	2	2	2	2		2			2	2						2	1,5
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit 3.3.10): Aufnahme durch Entlassung aus dem Seniorenzentrum (Kurzzeitpflege - Zustand nach Oberschenkelhalsfraktur). Epilepsie, Zustand nach Hirnblutung mit Auswirkungen auf der linken Seite, präsenile Demenz. Alkoholabusus. Teilweise ist die Patientin nicht mehr orientiert. Sturzgefährdung - Beratung des Ehemanns und der Patientin bzgl. der Vermeidung von Risiken. Leistungskomplex 19 - Große Grundpflege - konnte mobilisiert werden (sitzt im Sessel) und wird vom Ehemann wieder ins Bett gebracht. Pflegender Angehöriger hat seinen Beruf aufgegeben, um seine Frau zu versorgen. Angaben zur Biographie wurden vom Ehemann abgelehnt.</p> <p>Schlüsselergebnisse: PEG-Anlage im November 2009.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Grundpflege morgens und abends. Transurethraler Dauerkatheter (DK), da Patientin inkontinent wurde und das Bett ständig durchfeuchtet war (seit 14.3.2009 - 16 Ch.). Neuanlage des DK bei Bedarf - regelhaft alle vier Wochen. Die Patientin hat sich den DK schon mehrere Mal gezogen. Beratung zum Umgang mit dem DK und dem Urinauffangsystem fand statt. Zur ausreichenden Flüssigkeitszufuhr wurde eine PEG-Sonde gelegt, über die ca. 600 ml zugeführt werden. Der übrige Flüssigkeitsbedarf wird über orale Einfuhr sichergestellt. Die Einstichstelle der PEG-Sonde ist entzündet (Sekret, Rötung, 'wildes' Fleisch), der Arzt informiert --> Maßnahmen angesetzt - nächste Überprüfung der Einstichstelle in fünf Tagen. Häufigere Verbandsintervalle werden von der Krankenkasse nicht bezahlt.</p> <p>Die Angaben zur Biographie werden nun langsam vervollständigt, da der Ehemann mehr über sich und seine Ehefrau erzählt.</p> <p>Ausblick: Die Auswirkungen der Beratung zur geregelten Kalorien- und Flüssigkeitszufuhr werden abgewartet. Der BMI der Patienten sollte sich in Zusammenarbeit mit dem sehr kooperativen und umsichtigen Ehemann stabilisieren. Die Infektion der Einstichstelle sollte rückläufig sein. Die Überprüfung der Betreuung findet zur Zeit statt.</p> <p>Bewertung: Die Beobachtung der Einstichstelle ist dokumentiert - die Maßnahmen durch die Infektion der Einstichstelle werden in fünf Tagen kontrolliert. E: Die Einstichstelle sollte fotografiert und so der Verlauf visualisiert werden.</p>																										1,5	
5.																												
	Zustand bei Aufnahme (seit):																											
6.																												
	Zustand bei Aufnahme (seit):																											

7.	2	2	2	2	2													2					2			
	Stamblatt	Anamnese / Biografiearbeit*	Pflegeplanung	Pflegeplanung innerhalb der vorgegebenen Frist erstellt?*	Pflegebericht	Leistungsnachweis / -dokumentation*	Dekubitusrisikoskala /-einschätzung*	Lagerungsprotokoll*	Betreuungsplanung und -nachweis	Wundprotokoll / -dokumentation*	Ernährungs- / Trinkprotokoll*	Sturzrisiko*	Förderung der Harnkontinenz*	Vitalzeichenkontrollblatt	Ärztliches Verordnungsblatt / Visitenprotokoll	Schmerzdokumentation	Medikamentenplan	Therapiedokumentation / Aktivierungsbogen	Seelsorge (Durchführungsnachweis / Dokumentation)*	Spirituelle Bedürfnisse des BW / Pat. dokumentiert (Anamnese)*	Überleitungsbogen	Leerstelle (zusätzliche Formulare KH / RK)	Ärztliches Verlaufsblatt	Therapeutisches Verlaufsblatt	Befunddokumentation	Vollständigkeit* / Anwendung*
	<p>Zustand bei Aufnahme (seit März 2009): Lebt alleine im Haushalt - nicht insulinpflichtige Diabetikerin - Zustand nach Apoplex mit Hemiparese rechts. Schwerhörigkeit - Hörgeräte. Zur Unterstützung der Patientin wurde folgender Leistungskomplex erbracht: Große Grundpflege. Versorgt sich ansonsten selbst. Pflegestufe 1.</p> <p>Schlüsselereignisse: Keine.</p> <p>Gegenwärtiger Zustand: Keine Pflegestufe mehr - Sturzgefährdung. Hörgeräte werden nicht verwendet. Beratung zur Sturzgefährdung - möchte kein Hausnotruf. Sehr kooperativ und kommunikativ.</p> <p>Ausblick: Zustand weiterhin stabil halten.</p> <p>Bewertung: Die Dokumentation ist vollständig.</p>																							1,5		

Legende:

2 = Vollständig

1 = teilweise vorhanden

0 = nicht vorhanden

kein Eintrag / t.n.z. = trifft nicht zu

5 Zusammenfassung

Das Auditorenteam bedankt sich für die gute Atmosphäre und die konzentrierte Zusammenarbeit zwischen Leitung, Mitarbeitern und Auditoren. Die Einrichtung hat sich gegenüber dem letzten Jahr weiter entwickelt und etabliert sich in Bad Oeynhausen.

Zu den Zielen 2010 gehört, die gegenwärtige Marktstellung weiter auszubauen. Das Qualitätsmanagementhandbuch (QMH) wurde vervollständigt und verfügt über gute Beispiele von Regelungen zum Rahmenhandbuch des Diakonie-Siegels Pflege (DSP). Diese wurden sehr gut von der Pflegedienstleitung / Geschäftsführung erläutert.

Die Empfehlungen und Hinweise des letzten Jahres sind noch nicht vollständig in die Überarbeitung des QMH eingeflossen und müssen im Folgenden beachtet, die Gliederung des Rahmenhandbuches des DSP vollständig übernommen werden (Beispiel: F 1.4 Aufnahme).

Darüber hinaus müssen die Begrifflichkeiten den bethelinternen Konventionen angepasst und beispielsweise von Angehörigen, Patienten, Bewohnern und Mitarbeitern gesprochen werden. Das bethelweit im Pflegebereich zugrunde gelegte „Modell des Lebens“ von Nancy Roper muss auch hier eingeführt werden.

Einige Regelungen (Mitarbeitergespräch, Ausbildungskonzept) können noch vertiefend ausgeführt oder müssen entwickelt, Formalien dabei beachtet werden. Das Instrument ‚Fallbesprechungen‘ sollte geschärft und nur bei Problemen, die die Pflegefachkraft nicht alleine lösen kann, abgehalten werden.

Die Begleitung der Auszubildenden konnte vor Ort sehr gut beschrieben werden. Die Praxisanleiterin führt Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche und legt die Ziele des Einsatzes gemeinsam mit den Auszubildenden fest. Hierüber informiert sie alle anderen Mitarbeiter mittels Aushang, so dass diese sich aktiv beteiligen können.

Das gute Konzept sollte in die Regelung zur Ausbildung einfließen und durch systematisch gesammelte Rückmeldungen der Auszubildenden kontinuierlich verbessert werden. Möglicherweise gelingt es der Einrichtung durch ein attraktives Ausbildungskonzept für sich zu werden und künftige Mitarbeiter zu gewinnen.

Im Rahmen des Fehlermanagements muss geklärt werden, wie mit Beschwerden umzugehen ist, die sich auf Leistungen, wie beispielsweise den Menüdienst des Seniorenzentrums, beziehen, die der Pflegedienst vermittelt (**vgl. Kapitel 3**).

Die Büroräume erscheinen sehr sauber und einladend. Sie sind ansprechend ausgestattet. Das Lager sollte noch einmal neu geordnet werden, bietet aber ansonsten ausreichend Raum für benötigte Hilfsmittel.

Die wenigen Abnutzungsspuren an den Wänden sollten regelmäßig ausgebessert werden, damit der gute Eindruck dauerhaft erhalten bleibt (**vgl. Kapitel 4.1**).

Die Patienten sind pflegerisch durchweg gut bis sehr gut versorgt und äußerten sich zufrieden über die Mitarbeiter und deren Leistungen (**vgl. Kapitel 4.2**).

Während der Vorstellung der Patienten anhand ihrer Akten durch die Bezugspflegefachkräfte war deren Fachkompetenz und Motivation deutlich erkennbar. Wichtig Veränderungen im Zustand der Patienten wurden erkannt, mögliche Ursachen bedacht und Maßnahmen eingeleitet (Beispiel: Entzündete Einstichstelle der PEG-Sonde). Der Zeitraum der Veränderungen (Beispiel: Erstes Auftreten einer Dyspnoe) ließ sich überwiegend den Akten entnehmen.

Insgesamt erscheint das papiergestützte Dokumentationssystem tendenziell unübersichtlich. Über eine ‚Verschlankung‘ sollte nachgedacht werden (z.B. die Dokumentation der medizinischen Diagnosen nur auf einem Formular, Pflegephänomene immer in der Pflegeplanung und im Pflegebericht).

Werden angeordnete Maßnahmen vom Patienten abgelehnt, muss dies in jedem Fall in der Akte dokumentiert und die Nichtdurchführung begründet werden. Die Anamnese, die Pflegeplanung und der Pflegebericht stellen die zentralen Instrumente jeglicher Dokumentation dar. Wird diese auf ein anderes Formular ‚ausgelagert‘ (z.B. auf das Wundprotokoll), muss im Bericht und der Planung ein Verweis auf das Formular verzeichnet sein.

Zu Teambesprechungen sollten die Originalakten herangezogen werden, im Protokoll der Teambesprechungen nur ein Verweis auf besprochene Patienten erfolgen, ggf. mit dem stichwortartig benannten Thema (z.B. Herr xy, Wundinfektion PEG). Auf diese Weise wird

sichergestellt, dass die Informationen in der Akte dokumentiert sind und sich alle Nicht-anwesenden anhand der Protokolle über den Sachstand informieren können.

Fallbesprechungen sollten immer dann durchgeführt werden, wenn die Pflegefachkraft an ihre Grenzen stößt. Thema und Ergebnis sollten dokumentiert und in der Akte hinterlegt werden. Künftige Planungen können auf die Ergebnisse Bezug nehmen – ein gutes Beispiel der Einrichtung wurde während der Revision thematisiert.

Die Vorstellung von Patienten sollte über die Revision hinaus praktiziert und dabei ein bestimmtes Schema eingeübt werden – beispielsweise könnten zunächst die Risiken und im Folgenden weitere Pflegephänomene in der Reihenfolge der Lebensaktivitäten geschildert werden.

Das Ergebnis der Revision spiegelt sich in den benoteten Kategorien wie folgt wider:

UB/AF	Vor-Ort-Prüftermine	Bauliches, Wohnlichkeit, Orientierung (DS: nur Orientierung)			Ordnung, Sauberkeit, Hygiene			Konzepte und Standards			Pflegerisches / ärztliches / therapeutisches Management			Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.			Ergebnisqualität: Dokumentation			Durchschnitt (Pflegezustand doppelt gewichtet)		
		08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10	08	09	10
PDOE	16. - 17.3.2010		1 -	1		1	1 -		2	3		2-3	3		2	1-2		3	3		1,9	2,0 ↓

* Positive oder negative Vorzeichen weisen auf eine Tendenz hin, fließen aber nicht in die Endbewertung ein. Die Note 2 – 3 wird als 2,5 gewertet. Die Note der ‚Ergebnisqualität: (Pflege-)Zustand der BW / Pat.‘ wird doppelt gewertet und die Summe aller Noten durch 7 geteilt, um die Endnote zu errechnen.

Wie üblich, wird ein detaillierter Maßnahmenplan verfasst, der, laufend fortgeschrieben, im bestehenden GroupWise-Ordner eingestellt wird und auf den Frau Dr. Lehmann-Giannotti und Herr Dietel Leserecht erhalten.

Berlin, 6.4.2010

Andreas Dietel

Dr. Katja Lehmann-Giannotti

Anhang

Anhang 1 – Revisionsplan: Interne Revision in Medizin und Pflege, PDOE,

17.3. – 18.3.2010 _____ 35

Anhang 1 – Revisionsplan: Interne Revision in Medizin und Pflege, PDOE, 17.3. – 18.3.2010

All-gemeines:

Auditoren:

- Frau Wortmann, SZKO
- Herr Dietel, DMBE

Gesprächspartner: (Haupt-) Geschäftsführer und Vertretungen, zusätzliche Gesprächspartner nach Absprache (siehe unten).

Dauer der Revision: 9.00 – 16.00 Uhr

Medien / Vorbereitung: Bitte ein am Netzwerk angeschlossenes Laptop und einen Beamer im Besprechungsraum aufstellen. Das QM-Handbuch muss über Beamer und Laptop während der gesamten Zeit eingesehen werden können. Zu allen gegebenen Anlässen (siehe unten) ebenso alle weiteren ggf. schon archivierten Unterlagen vorhalten..

Wählen Sie bitte **eine Reihe Akten** aus, die die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen in Ihrer Einrichtung exemplarisch belegen und die während der Themen Erstkontakte / Erstgespräche sowie Aufnahmen herangezogen werden können.

Wir werden im Verlauf der Revision Patienten besuchen. Die **sechs Patienten** werden wir am Vormittag des ersten Tages als Zufallsstichprobe auswählen (tendenziell pflegeaufwendige Patienten. Fokus: FeM, Risikofaktoren, Soziale Betreuung, Veränderungen seit Einzug). Die Akten von **drei Patienten dieser Stichprobe** werden wir eingehender behandeln, indem diese von ihren Bezugspflegefachkräften vorgestellt werden (siehe unten). Bitte wählen Sie Ihrerseits über die Stichprobe hinaus **zwei Patientenakten aus**, die sie dem Auditorenteam gerne vorstellen möchten (siehe unten).

1. Tag:

Darstellung der Einrichtung anhand der ausgewählten Kriterien des Prüfkataloges / Nachweisdokumente; Begehung der Einrichtung

9.00 – 9.05 Uhr

Auswahl der Stichprobe aus der Gesamtanzahl der Patienten (→ **Einverständnis-erklärung**)

9.00 – 9.30 Uhr

Gesprächspartner – Allgemeines zur Einrichtung:

- **HG / PDL / QMB / Sozialdienst sowie ggf. weitere Gesprächspartner, die die Einrichtung auswählt.** Bitte tragen Sie die Namen der Mitarbeiter und deren Funktion ein und geben Sie uns den Plan zum Morgen des ersten Tages zurück bzw. übersenden die Datei an A. Dietel.
- **Was gibt es Neues? ggf. Managementbewertung 2009 / Projekte 2010 / Schwerpunkte 2010?**

9.30 – 10.25 Uhr

Zusammenarbeit aller Berufsgruppen in der Einrichtung: Vom Erstgespräch zur Pflegeübernahme und Integration des neuen Patienten.

Unterlagen / Medien: Intranet, papiergestützte Dokumentation: Patientenakten exemplarisch durch die Anwesenden präsentiert.

Schwerpunkte: Erstkontakt / Erstgespräch, Interne Kommunikation, Umgang mit Risikogruppen, Gemeinsame Dokumentation, Nationale Expertenstandards, Überprüfung der Integration / Befragung / Beschwerdemanagement.

10.30 – 11.25 Uhr

Begehung der Einrichtung: Arbeitsräume, Gemeinschaftsräume, Archiv, Schlüssel-schrank

Unterlagen / Medien: ggf. Intranet, Unterlagen zur Leistungsbeschreibung, Begehungsprotokolle → Maßnahmenpläne, Fortbildungspläne, Dienstpläne, Reinigungspläne, Teilnehmerlisten etc.

Schwerpunkte: Hygiene, Fort- und Weiterbildung, Umgang mit Mangelernährten, Serviceleistungen und Überprüfung ihrer Wirksamkeit.

11.30 – 12.25 Uhr

Einarbeitung / Ausbildung und Öffentlichkeitsarbeit

Unterlagen / Medien: MCC, Intranet, Patientenakten, Dokumentation Beratung, Protokolle, Maßnahmen, Werbemittel.

Schwerpunkte: Beratungskonzept / ggf. Einbindung Ehrenamtlicher, Seelsorge, Angehörigenarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Einarbeitung neuer Mitarbeiter / Begleitung der Auszubildenden.

12.30 – 13.30 Uhr Mittagspause

13.30 – 14.25 Uhr

Datensammlung, Auswertung, Ursachenforschung, Maßnahmenplan

Unterlagen / Medien: Intranet, Begehungsprotokolle (Visiten, Audits, MDK-Prüfungen), Ergebnisstatistiken / Maßnahmenpläne, Präsentationsvorlagen etc.

Schwerpunkte: Patientenbefragung, Fehlermanagement, Beschwerdemanagement, Kooperationspartner / Lieferantenbewertungen aller Bereiche.

14.30 – 15.55 Uhr

Auditorenzeit: Abstimmung / Durchsicht von Nachweisen, des Maßnahmenplans mit stichprobenartiger Kontrolle der Umsetzungen der Empfehlungen / Hinweise des letzten Revisionsberichtes / des Zertifizierungsberichtes.

15.55 Uhr

Zwischenergebnis Tag 1

2. Tag

Begehung der Einrichtung / Inaugenscheinnahme ausgewählter Bewohner / Dokumentationsvisite / Nachweisdokumente

9.00 – 16.00 Uhr Gesamtdauer

9.00 – 9.15 Uhr

Vorschau / Allgemeines / Fragenklärung / Aufteilung auf die Bewohner

9.15 – 12.00 Uhr

Inaugenscheinnahme ausgewählter Patienten (→ Einverständniserklärung)

Schwerpunkte: Einsicht von Patientenakten vor Ort mit Prüfung ausgewählter Schwerpunkte (z.B. Medikamentenanordnung, Dekubitus-/Wundmanagement, Schmerzmanagement, Freiheitsentziehende Maßnahmen, Kontinenz, Ernährung)

12.00 – 13.00 Uhr Mittagspause

13.00 – 15.00 Uhr

Dokumentationsvisite - Vorstellung **drei begutachteter Patienten** anhand der Akten – **auch der archivierten Akten – sowie Vorstellung von zwei Akten, die von der Einrichtung ausgewählt** wurden (Zustand bei Pflegeübernahme / Gegenwärtiger Zustand – Ursachen möglicher Veränderungen / von Schlüsselereignissen ableitbar (z.B. Sturz, Apoplex, Rückzug, Abnahme der Alltagskompetenz etc.)? Erläuterung anhand der Unterlagen (Erstgespräch, Anamnese, Pflegeplanung und –bericht, Pflegevisiten, Fallbesprechungen, soziale Betreuung etc.) / Erläuterung der bestehenden Risiken (→ Nationale Expertenstandards) und abgeleiteter Maßnahmen und Ergebnissen).

Zusätzliche Gesprächspartner: Pflegefachkräfte.

	<p>15.00 – 15.50 Uhr Auditorenzeit - Nachweiseinsicht</p> <p>15.50 – 16.00 Uhr Abschlussbesprechung mit allen Teilnehmern und Interessierten / Rückmeldung an die Auditoren</p>
--	---

A. Dietel
Geschäftsbereich Produkte